



# Solicitud de exención médica de pruebas

## FORMULARIO 2: CONSENTIMIENTO DE PADRE DE FAMILIA O TUTOR

**Instrucciones para el Distrito:** Entregue este formulario al padre, madre o tutor del alumno. Una vez firmado, consérvelo con los expedientes del alumno. No envíe este formulario a RIDE.

**Instrucciones para el padre de familia o tutor:** Por favor, lea y llene este formulario, y entréguelo a la escuela de su niño o a la oficina del Distrito.

Nombre del alumno (en letra de molde): \_\_\_\_\_

He consultado a la escuela o distrito sobre la solicitud para eximir a mi niño de las **evaluaciones**

\_\_\_\_\_.

Sé que esto significa que no tendré ya sea los resultados de las pruebas o los resultados de las pruebas parciales, según el caso, de las que se exima a mi niño. Al firmar esta solicitud, acepto que:

1. **PARTICIPÉ** (o) **NO PARTICIPÉ** (*encierre en un círculo la respuesta*) en la decisión del Distrito de **buscar eximir** a mi niño de la evaluación estatal.
2. **DOY** (o) **NO DOY** (*encierre en un círculo la respuesta*) **permiso a la escuela o distrito de discutir el motivo de la solicitud** con la Dra. Phyllis Lynch, Directora de Enseñanza, Evaluación y Programa de Estudios (Instruction, Assessment and Curriculum) del Departamento de Educación de Rhode Island, ni con su designado.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del padre, madre o tutor (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha